

**МЕСЯЧНЫЙ ОТЧЕТ О СОСТОЯНИИ ДЕЛ И ДЛЯ  
ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ**  
По программе денежной помощи, талонов на питание и Medi-Cal\*/  
программе округа, контролируемой штатом по предоставлению  
медицинских услуг (CMSP)



ЭТО - ОТЧЕТ ЗА МЕСЯЦ

- Заполните, подпишите и верните этот отчет до 5 числа месяца.
- Если вы не пришлете заполненный отчет, включая ответы на все вопросы в разделе В, но не ограничиваясь этим и приложив доказательства, когда мы их просим, Ваши льготы могут быть задержаны, изменены или остановлены. Приложите дополнительный лист, если необходимо.
- Вы обязаны сообщить **в течение 5 дней** о любых изменениях, которые могут повлиять на ваше право на получение или сумму денежной помощи, или **в течение 10 дней** со дня любых изменений, которые могут повлиять на ваше право на получение или часть оплаты Medi-Cal/State CMSP.
- **Важно:** Если Вы больше не хотите получать денежную помощь, талоны на питание и/или Medi-Cal/State CMSP, заполните РАЗДЕЛ А ниже, подпишите и поставьте дату в графе ⑨.
- В результате приведенных фактов ваши льготы могут увеличиться, уменьшиться или быть остановлены.

Нужна помощь? Позвоните работнику программы.      Работник:

Телефон №:

**РАЗДЕЛ А Просьба остановить льготы** (Если вы заполните эту часть, подпишите и поставьте дату в параграфе ⑨ на оборотной стороне этой анкеты. Вы можете повторно попросить льготы в любое время.)

Я прошу, чтобы мои льготы  денежная помощь  талоны на питание  Medi-Cal  State CMSP были остановлены в последний день \_\_\_\_\_

месяц/год

**РАЗДЕЛ В** Если вы получаете талоны на питание, ответьте о каждом члене вашей семьи. Если вы не получаете талоны на питание, ответьте о каждом, получающем денежную помощь и/или Medi-Cal/State CMSP, включая детей, родителей, приемных родителей, супруга(и) и любого временно отсутствующего в доме.

**1 Получил ли кто-либо деньги за работу или обучение?**

- Если "ДА", заполните ниже. Включите чаевые, отпускные или натуральный доход, как, например: заработанное жилье. Укажите общий доход до вычетов за каждую неделю месяца. **Приложите корешки чеков или другое доказательство дохода.**
- Если имеете свой бизнес: Для талонов на питание и Medi-Cal/State CMSP: Укажите издержки бизнеса на отдельном листе и **приложите доказательства доходов**. Для денежной помощи: Приложите доказательства доходов. Если указываете действительные расходы, перечислите расходы на бизнес на отдельном листе и **приложите доказательства издержек**.

 ДА  НЕТ

Кто получил доход	Имя работодателя (✓)	Общая сумма	\$	\$	\$	\$	\$
		Дата получения					
Кто получил доход	Имя работодателя (✓)	Количество отработанных часов					
		□ РАБОТА □ ОБУЧЕНИЕ					

**2 Если кто-либо из вышеуказанных платил за присмотр за ребенком, инвалидом или другим иждивенцем во время работы, поисков работы или обучения, укажите здесь и приложите доказательства платежа.**

Имя лица, за кем присматривали	Стоимость	Имя лица, за кем присматривали	Стоимость
	\$		\$

**3 Получил ли кто-либо деньги или льготы из любого другого источника?**

Включите: алименты на ребенка/супруга(а); проценты или дивиденды; выигрыш в лотерее или азартные игры; выплата от страховых компаний или юридического урегулирования; льготы забастовщикам; наличность, подарки, займы, стипендии; возврат переплаченных налогов; любые государственные льготы, как социальное страхование, доход дополнительного страхования/дополнительная программа штата (SSI/SSP), пособие по безработице, компенсация за травму на рабочем месте, компенсация по инвалидности, выплачиваемая штатом, пенсия ветеранам или работникам железной дороги, другие частные или государственные льготы по инвалидности или пенсии; доход от аренды или помощи с арендой; бесплатное жилье/коммунальные услуги/одежда/еда; или любое другое. Если "ДА", заполните ниже. **Приложите доказательства.**

 ДА  НЕТ

Кто получил доход	Источник дохода	Общая сумма	\$	\$	\$	\$	\$
		Дата получения					
Кто получил доход	Источник дохода	Общая сумма	\$	\$	\$	\$	\$
		Дата получения					

**4 Если кто-либо получает талоны на питание или Medi-Cal/State CMSP и заплатил присужденные судом алименты за этот месяц, укажите, какая сумма была уплачена. Сообщите обо всех изменениях в решении суда. Приложите доказательства. \$**

**5 В течение этого отчетного месяца укрывался ли или скрывался ли какой-либо член семьи, получающей денежную помощь или талоны на питание от закона, чтобы избежать судебного преследования за фелонию (преступление), ареста или заключения после осуждения или нарушает испытательный срок или условное освобождение? Если "ДА", кто?**  ДА  НЕТ

\*- Программа медицинской помощи штата Калифорния.

COUNTY USE ONLY (Для служебного пользования.)

E.W. INITIALS

DATE:

<b>6</b>	Был ли осужден какой-либо член семейной группы за преступление, связанное с владением, использованием или распространением наркотиков и/или контролируемых веществ за отчетный месяц?					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Если "ДА", заполните ниже:						
ПОЛНОЕ ИМЯ ЛИЦ(А)	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ВАМ	ДАТА СОВЕРШЕНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЯ СВЯЗАННОГО С НАРКОТИКАМИ	ДАТА ОСУЖДЕНИЯ	ОСУЖДЕНИЕ БЫЛО ЗА <input checked="" type="checkbox"/> ВЛАДЕНИЕ <input type="checkbox"/> РАСПРОСТРАНЕНИЕ <input type="checkbox"/> ПРИМЕНЕНИЕ <input type="checkbox"/> ДРУГОЕ (ОБЪЯСНИТЕ)		

<b>7</b>	Кто-либо въехал или выехал из вашего дома или вы въехали в дом к кому-либо? Включите: новорожденных, временно отсутствующих, умерших, поступивших в больницу или выписавшихся из нее и т.п. Если "ДА", заполните ниже:					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ПОЛНОЕ ИМЯ ЛИЦ(А) РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ВАМ ОБЪЯСНИТЕ, ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ						ДАТА, КОГДА ПРОИЗОШЛО ИЗМЕНЕНИЕ

<b>8</b>	Хочет ли кто-либо добавить что-нибудь еще? Включите ожидаемые изменения. Приложите доказательства, включая любые издергки: Если "ДА", заполните ниже:					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Доход:</b> Начался, изменился или прекратился.</li> <li>• <b>Работа/Обучение:</b> Начали, окончили, бросили, отказались от работы или обучения, изменилось количество часов или начали забастовку.</li> <li>• <b>Школьный возраст от 6 до 17:</b> Только для денежной помощи: Прекратили или начали регулярно посещать школу.</li> <li>• <b>Школьный возраст 16 или старше:</b> Начали или прекратили обучение в школе или колледже. Стоимость обучения, школьного транспорта и т.п.</li> <li>• <b>Собственность:</b> Купили, продали, обменяли, отдали или получили автотранспорт, дом, землю или доверительную собственность и т.п. (личное или бизнес)</li> <li>• <b>Банковский счет:</b> Баланс сберегательного/чекового счета или счета EBT за прошлый месяц изменился.</li> <li>• <b>Дети:</b> Беременность, роды, аборт или выкидыш.</li> <li>• <b>Гражданство/иммиграционный статус:</b> Изменения в гражданском или иммиграционном статусе, получение новой карточки, анкеты или письма из INS.</li> </ul>						

ИМЯ ФАМИЛИЯ ЛИЦА	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ	ОБЪЯСНИТЕ, ЧТО ПРОИЗОШЛО	ДАТА ИЗМЕНЕНИЯ

### ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕСА

НОВЫЙ ДОМАШНИЙ АДРЕС (НОМЕР, НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ, AVENUE, BLVD., И Т.П.) НОМЕР КВАРТИРЫ.	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТ. ИНДЕКС	НОВЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА
			( )	

ДАТА ПЕРЕЕЗДА	НОВЫЙ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ДОМАШНЕГО АДРЕСА)	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
---------------	--	-------	------	-----------------

Платите ли вы за аренду по указанному вами адресу?  
 ДА  НЕТ      Если "ДА", сумма аренды \$ \_\_\_\_\_.

Оплачиваете ли вы коммунальные услуги?  
 ДА  НЕТ      Если "ДА", сумма \$ \_\_\_\_\_.

### ЗАЯВЛЕНИЕ

**Я ПОНИМАЮ, ЧТО:** Сознательное несообщение всех фактов или сообщение ложных фактов насчет моего дохода, собственности или семейного положения с целью получения или продолжения получения помощи или льгот преследуется по закону. Я могу быть осужден за совершение фелонии (преступления), если больше, чем \$400 в виде денежной помощи, талонов на питание и/или Medi-Cal/State CMSP, было ошибочно выплачено, И я могу быть приговорен к:

**НАКАЗАНИЕ ЗА ОБМАН ПРОГРАММ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ И СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ:** Если я сознательно не буду соблюдать правила программы денежной помощи, моя денежная помощь может быть уменьшена на период времени и я могу быть оштрафован на сумму до \$10,000 и/или тюремное заключение сроком до 3 лет. Моя денежная помощь может быть остановлена:

- За непредставление всех фактов или за сообщение ложных фактов: 6 месяцев - за первое нарушение, 12 месяцев - за второе или навсегда - за третье.
- За подачу более, чем одной анкеты, для получения помощи по более, чем одному делу одновременно: 2 года - за первое осуждение, 4 года - за второе или навсегда за третье.
- За осуждение за мошенничество с целью получения помощи обманным путем: 2 года - за кражу суммы до \$2,000; 5 лет - за сумму от \$2,000 до \$4,999.99; и навсегда - за сумму \$5,000 и выше.
- Навсегда: за представление округу ложного доказательства о месте жительства для того, чтобы получить помощь в двух или более округах или штатах одновременно; за представление округу ложных фактов о детях, которые не имеют права на помощь или о несуществующем ребенке; за получение более, чем \$10,000 наличными, путем мошенничества; за третье осуждение в суде или при слушании дела администрации штата о мошенничестве.

**НАКАЗАНИЕ ЗА ОБМАН ПРОГРАММ ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ:** Если я сознательно не буду соблюдать правила программы талонов на питание, то талоны на питание для меня могут быть остановлены на 12 месяцев за первое нарушение, 24 месяца - за второе и навсегда - за третье. Я могу быть оштрафован на сумму до \$250,000 и/или приговорен к тюремному заключению сроком до 20 лет.

- Если я признан виновным в любом суде за:
  - Продажу или обмен талонов на питание на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества, талоны на питание для меня могут быть остановлены навсегда за первое нарушение.
  - Обмен или продажу талонов на питание на наркотические вещества, талоны на питание для меня могут быть остановлены на 24 месяца за первое нарушение и навсегда за второе.
  - Обмен или продажу талонов на питание на сумму более, чем \$500, талоны на питание для меня могут быть остановлены навсегда.
  - Представление округу ложного удостоверения личности или адреса для получения талонов на питание по нескольким делам одновременно, талоны на питание для меня могут быть остановлены на 10 лет.

ВЫ ДОЛЖНЫ ПОДПИСАТЬ ЭТУТ ОТЧЕТ И ПОСТАВИТЬ ДАТУ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ДНЯ ОТЧЕТНОГО МЕСЯЦА, ИНАЧЕ ЭТУТ ОТЧЕТ БУДЕТ ПРИЗНАН НЕЗАКОНЧЕННЫМ.

**9** Сознавая ответственность за дачу ложных показаний по законам Соединенных Штатов и штата Калифорния, я заявляю, что факты, содержащиеся в этом отчете правильны и правдивы и предоставлены за весь отчетный месяц.

КТО ДОЛЖЕН ПОДПИСАТЬСЯ НИЖЕ: **Денежная помощь:** Вы, Ваш(а) супруг(а) и второй родитель (детей, получающих денежную помощь), если проживает в доме.

**Талоны на питание:** глава семьи, член семьи или ее уполномоченный представитель.  
**Medi-Cal/State CMSP:** Вы, Ваш(а) супруг(а) или лицо, выступающее за получающего льготы.

ПОДПИСЬ ИЛИ ОТМЕТКА 	ДАТА ПОДПИСИ	ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ( )	ТЕЛЕФОН ДЛЯ СВЯЗИ ( )
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ 	ДАТА ПОДПИСИ	ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ (ЕСЛИ ОТМЕТКА ВМЕСТО ПОДПИСИ), ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ДРУГОГО ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО АНКЕТУ. 	ДАТА ПОДПИСИ